

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

90

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 décembre 1895, à 1 heure

Par MAURICE PRUVOST

Né à Loos (Nord), le 22 mars 1871

UTÉRUS DOUBLE

ET

ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. LEJARS, professeur
 POIRIER, THIERRY, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les divers parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553822_0062

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 décembre 1895, à 1 heure

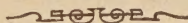
Par MAURICE PRUVOST

Né à Loos (Nord), le 22 mars 1871

UTÉRUS DOUBLE

ET

ACCOUCHEMENT



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. LEJARS, professeur.
POIRIER, THIERRY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.
Professeurs honoraires.		
MM. SAPPEY, PAJOT.		
Agrégés en exercice.		

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON EXCELLENTE MÈRE

A MON PÈRE, LE D^r LOUIS PRUVOST

En témoignage de reconnaissance et d'amour filial. Puissent son affection et son expérience m'être longtemps conservées et m'aider à trouver moins lourd l'honneur de lui succéder dans la carrière médicale.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VARNIER

De la Faculté de médecine de Paris

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR LEMOINE

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille

A MES MAITRES DE LILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS



UTÉRUS DOUBLE

ET

ACCOUCHEMENT

AVANT-PROPOS

Cet ouvrage marque le terme de nos études à la Faculté de Médecine de Paris. Il a pour base une observation recueillie par notre frère, le D^r Edouard Pruvost de Raismes; l'intérêt du fait qu'il nous a été donné de constater avec lui nous a décidé à en faire le point de départ de recherches que nous avons consignées et qui constituent, avec notre observation, les commentaires qu'elle comporte et

les indications qui en découlent, la presque totalité de ce travail.

Il est un devoir bien agréable que nous avons à remplir avant d'aborder notre sujet. Nous tenons à témoigner ici à notre frère, le D^r Ed. Pruvost, notre affectueuse reconnaissance. C'est sous son inspiration que cet ouvrage a été entrepris et c'est à l'aide de ses conseils, que nos maîtres de Paris nous avaient appris à ne pas dédaigner, que nous avons pu le mener à bonne fin.

M. le professeur Varnier, dont nous avons longtemps écouté les leçons si méthodiques et si pratiques, nous a secondé avec un bienveillant empressement qui nous dicte aussi la reconnaissance.

M. le professeur Eustache nous a fait un sympathique accueil dont nous le remercions bien sincèrement.

Enfin, nous avons surtout à cœur de dire toute notre gratitude à notre éminent maître, M. le professeur Pinard, et pour la direction éclairée qu'il nous a donnée dans son beau service d'accouchements, et pour l'intérêt qu'il a voulu nous témoigner en nous faisant l'honneur de présider notre thèse.





INTRODUCTION

Les malformations utérines sont aujourd'hui parfaitement connues dans leurs types divers, surabondamment expliqués et démontrés par l'embryogénie et l'anatomie comparée. Il n'en est pas de même de leur histoire clinique et c'est ce seul point de vue que nous nous proposons d'envisager dans les pages suivantes.

Toutefois, nous voulons restreindre autant que possible le champ de nos investigations et nous borner à l'étude obstétricale de l'*utérus double* proprement dit, c'est-à-dire de celui qui est composé en réalité de deux organes accolés, qui possède deux cavités de dimensions à peu près égales et entièrement adossées dans toute leur hauteur, depuis les orifices du col jusqu'au fond de l'organe, de celui qui résulte non point du défaut de développement ou de rapprochement des deux conduits

de Muller, mais simplement du défaut de résorption de la cloison qui les sépare. Les autres variétés d'utérus bicorne, unicorne, cordiforme, etc..., ne nous occuperont pas, et nous envisagerons seulement ce que nous appelons l'utérus double, biloculaire, auquel on pourrait encore donner le nom d'utérus de Cruveilhier.

Nous rechercherons d'abord dans la littérature médicale les cas d'utérus double et les commentaires qui les accompagnent en laissant de côté ceux qu'il n'a pas été donné à l'autopsie de vérifier, ou tout au moins ceux qui ne possèdent pas les éléments nécessaires à un diagnostic précis.





FAITS CLINIQUES

Le véritable utérus double est connu depuis longtemps ; mais ce n'est guère qu'au commencement du siècle que nous voyons les annales de la science s'enrichir de faits observés avec une certaine rigueur.

Tous les livres de tératologie et d'obstétrique reproduisent les planches de Cruveilhier qui représentent le type du genre, un utérus ayant appartenu à une femme morte d'infection puerpérale (Planche V, XIII^e livraison).

Le texte dont Cruveilhier encadre son dessin peut se résumer en ces quelques mots : « On voit que la cavité utérine vide avait participé au développement de celle qui contenait le produit de la conception. »

Cassan, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1826), rapportait aussi un exemple d'utérus doublé, mais

son observation ne repose pas sur des faits suffisamment déterminés.

Plus précis sont les deux cas appartenant à cette même variété et cités dans la thèse d'agrégation de Le Fort (1863).

L'un est dû à Eisenmann, l'autre à Leipmann.

Le premier fut observé chez une jeune fille de 19 ans qui possédait utérus double et vagin double. Les deux corps utérins étaient adossés et séparés par une cloison non pas simple et commune, mais formée de deux feuillets simplement accolés.

Le cas de Leipmann est relaté par Kussmaul : il s'agit ici d'un utérus présentant au dehors un aspect normal et dont la cavité, tout-à-fait séparée en deux parties très étroites, s'ouvrait par deux orifices distincts dans un vagin simple.

M. Budin, dans le *Progrès médical* du 4 mars 1876, donne une observation complète que nous résumons.

La nommée Fra..., enceinte de 9 mois, succombe à une hémoptysie. Dix minutes après, on sectionne l'utérus et on extrait un enfant en état de mort apparente, qu'on ranime péniblement et qui succombe le lendemain.

Autopsie. — L'utérus semble avoir été sectionné sur la ligne médiane : l'incision qui avait été faite passait juste au niveau du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Le placenta était de forme circulaire, l'insertion du cordon centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on vit que si cet organe paraissait normal, en réalité il ne l'était pas; il était double. Ce double organe dans son ensemble formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 de large.

Il existait deux cols complètement séparés. L'utérus gravis était l'utérus droit. Il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 de longueur. Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre; sa cavité était complètement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale; le mucus faisait saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le deuxième utérus était séparé du premier à la surface par un très léger sillon; au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précédent, mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 de large. Son col avait la forme d'un col de nullipare; la cavité de ce col était totalement remplie par un bouchon gélatineux. La surface interne du corps et du col de l'utérus gauche non gravis avait un aspect spécial; elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé formant en certains points de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse; sur la coupe, on voyait en effet la section du tissu musculaire utérin: ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur, et la muqueuse hypertrophiée offrait par place jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au fond de l'organe;

son épaisseur diminuait vers le col; il était facile, avec le dos d'un scalpel, de la séparer du tissu musculaire de l'utérus.

Terminons en disant que l'utérus était si globuleux et tellement unique extérieurement que s'il avait présenté une légère torsion sur son axe, torsion amenant son bord gauche en avant comme cela a lieu habituellement, l'opérateur eût pu pénétrer dans l'utérus gauche non gravis.

M. le professeur Tarnier cite, dans son *Traité des accouchements*, le cas d'une multipare examinée par lui à la Maternité en 1884. Arrivée au terme de sa grossesse, cette femme présentait un globe utérin incliné vers la droite; sur le côté gauche de ce globe, et faisant corps avec lui, se trouvait une tumeur ovoïde à grand diamètre vertical, dont l'extrémité supérieure remontait au niveau de l'ombilic, tandis que son extrémité inférieure descendait jusqu'à la marge de l'excavation pelvienne. Le toucher fit reconnaître deux vagins, deux cols et une cloison médiane de l'utérus. L'accouchement se termina spontanément et le diagnostic fut vérifié dans la suite.

Dans le *Journal des sages-femmes*, du 16 mars 1894, M. Tarnier cite un second cas d'utérus double :

VI pare, 32 ans. — Ses trois premières grossesses eurent leur terme à sept mois et demi; seul, le troisième enfant vécut. La quatrième grossesse fut menée tout à fait à terme,

et la cinquième aboutit à un avortement à 4 mois 1/2 : cette dernière était double. La grossesse actuelle est âgée de six mois et demi, et ce sont des pertes de sang qui ont amené la femme à la clinique. Le diagnostic est d'abord porté d'insertion vicieuse du placenta ; l'utérus est fortement incliné à droite, la position est en O.I.G.A. et l'auscultation affirmative. Au toucher, on trouve une languette de la longueur et de l'épaisseur du petit doigt, qui prend insertion sur le milieu de la face antérieure du vagin. En outre, dans l'excavation pelvienne, du côté gauche du bassin, on rencontre une saillie résistante. Un second toucher, pratiqué par M. Demelin, fait trouver, à un centimètre au-dessous de l'orifice externe, une ouverture du diamètre d'une pièce de un franc, dans laquelle le doigt peut pénétrer à la profondeur de deux centimètres. Cette ouverture se continue dans l'intérieur de la saillie.

Le doute n'était plus possible, on était en présence d'un utérus double ; le lendemain de l'accouchement, la femme expulsait la caduque de l'utérus non gravide.

Dans le même journal, à la date du 1^{er} août 1895, M. Tarnier expose un autre cas de malformation utérine appartenant à la même variété :

Il s'agit d'une III pare bien portante qui a fait sans cause connue une fausse couche à 3 mois 1/2 et qui, encore sans cause appréciable, a accouché prématurément à 7 mois. Elle vient d'accoucher de nouveau au septième mois d'une troisième grossesse. Présentation du sommet O I D P, enfant de 1.360 grammes. Après la délivrance, on veut faire une injection intra-utérine, mais en introduisant le

doigt pour placer la canule, on rencontre une petite masse que l'on prend pour un caillot. Ici, encore, c'était une membrane présentant tous les caractères d'une caduque, et le toucher pratiqué aussitôt fit découvrir au fond du vagin un orifice béant appartenant à une seconde cavité utérine.

Dans les *Bulletins et mémoires de la Société obstétricale de Paris* (1890), on trouve une communication de M. Jouin sur « deux cas de métrite avec utérus septus » :

Mme X..., 22 ans, bien portante, réglée à 14 ans, est mariée depuis trois mois et souffre d'une métrite. Le premier toucher permet de sentir nettement l'utérus dans l'axe du vagin et à sa place normale. Le col paraît petit. Du côté gauche de la patiente, on perçoit comme un cal-de-poule, un pertuis fermé, constituant le sommet d'une partie indurée et tuméfiée. Au spéculum, le col se voit bien dans l'axe du vagin, petit, rouge, excorié, comme dans les cas d'inflammation aiguë de l'endomètre ; mais on ne trouve pas, à cause de la rapidité de cette exploration douloureuse, le pertuis perçu au doigt. Mais un peu plus tard, un nouvel examen fait constater l'existence d'une cloison qui sépare le vagin en deux loges, et au fond de chacune d'elles, un col.

La seconde malade de M. Jouin présente une disposition à peu près semblable et a pu concevoir plusieurs fois et mener à bien trois enfants :

Mme Z..., 38 ans, d'une santé relativement bonne, souffre d'une métrite. Plusieurs médecins, un gynécologue, deux électriciens très connus à Paris l'ont déjà traitée. Le diagnostic d'utérus double n'a jamais été fait. Au toucher, on arrive sur un col gros, dur, et qui ne présente rien de bien extraordinaire. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus est facilement mobilisable à droite, un peu moins de l'autre côté. A la cinquième séance du traitement, à la cinquième seulement, examinant la malade et pratiquant le toucher avant d'introduire le spéculum, le praticien est surpris de ne plus trouver l'orifice du col dans l'axe du vagin. Il paraît à l'exploration digitale un peu remonté du côté gauche. Et cependant le cul-de-sac droit est absolument libre et normal. M. Jouin l'explore soigneusement pour y chercher le corps utérin qui, dans sa pensée, doit être couché obliquement au-dessus de ce cul-de-sac, et trouve, à sa grande surprise, un autre orifice à l'utérus. L'examen au spéculum ne laisse plus de doute sur le diagnostic fait au seul toucher vaginal. L'utérus droit seul est malade : sa muqueuse est violacée, bourgeonnante et présente les altérations déterminées par le passage des enfants. C'est évidemment l'utérus actif, celui qui a servi dans les grossesses. La première de ces grossesses s'était terminée par une fausse couche. A la seconde, l'enfant vint à neuf mois, mais en présentation du siège, et mourut au passage. L'enfant suivant vint également par le siège et mourut d'une diarrhée infantile à cinq mois.

Veuve à 25 ans, Mme Z... se remaria après cinq ans de veuvage et eut de son second mari une fille dont elle accoucha en présentation de la tête et qui se porte bien aujourd'hui.

Nous avons rencontré, dans la *Revue médicale de l'Est*, une relation de M. Schuhl à propos d'une observation recueillie dans le service de M. le professeur A. Herrgott. Il y est question d'une primipare dont la grossesse a été compliquée de tuberculose pulmonaire, d'affection du cœur, d'albuminurie, de viciation pelvienne, de duplicité de l'utérus et du vagin. Trois faits contenus dans cette observation doivent être envisagés à ce dernier point de vue; ce sont l'expulsion prématurée du fœtus qui ne pesait que 1550 grammes, la présentation du siège constatée pendant l'accouchement, enfin la déchirure de la cloison vaginale pendant la descente du fœtus dans l'excavation pelvienne.

Les recherches dans les journaux, revues et travaux étrangers, sont d'autant plus longues qu'il faut différencier les véritables cas d'utérus double des cas d'utérus bicorne et des autres malformations utérines, que les index bibliographiques confondent en une même nomenclature.

Les exemples sont assez nombreux, du moins à titre de mention, et voici les relations les plus intéressantes qu'il nous a été donné de remarquer :

En janvier 1885, Goodel présentait à la Société obstétricale de Philadelphie un mémoire (Double uterus and vagina) où il parle d'une femme présentant deux cols utérins, accolés comme les canons d'un fusil, qui expulsa, trois jours après son accouchement, après quatre heures de douleurs, une caduque en forme de sac. Quelques

mois plus tard, le cathétérisme venait appuyer le diagnostic d'utérus double. Cette femme eut dans la suite une seconde grossesse dans l'autre loge. La cloison vaginale avait été détruite un peu avant l'accouchement par le chirurgien.

La même année, Patterson, dans l'*Edinburgh medical Journal*, cite un cas d'utérus double diagnostiqué pendant la vie et vérifié par l'autopsie.

Kemarski lit à la Société médicale de Saint-Pétersbourg, en août 1885, l'observation d'une femme de 19 ans, chez laquelle la dualité de l'organe fut très nettement démontrée. L'enfant occupait la moitié gauche de l'utérus ; pendant les douleurs, une sorte de sillon oblique allant de la partie supérieure droite vers la partie inférieure gauche de la matrice, la divisait en deux parties dont la gauche, beaucoup plus volumineuse, était seule gravide. Un cathétérisme ultérieur leva tous les doutes.

Nebikoff relate à la même Société, en 1887, le résultat de l'autopsie d'une multipare à utérus double. Les deux cavités étaient bien développées et Nebikoff suppose, sans preuves, qu'elles ont contribué toutes deux aux neuf grossesses.

Fleischmann fait connaître à Prague, à la même époque, un cas analogue chez une primipare de 26 ans, mais sans détails précis.

Tannen (*Centralblat gyn.*, 1892), donne l'observation d'une femme de 25 ans, réglée à 20 ans, irrégulièrement, chez laquelle il trouva par l'exa-

men au spéculum, deux cols utérins, et par le cathétérisme deux cavités d'égale dimension.

Fischer (Berlin, 1890), cite un cas d'utérus double, de vagin double, avec atrésie hyménéale du vagin.

Tels sont les exemples d'utérus double que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Le peu de fréquence de cette anomalie comparativement au nombre considérable des autres malformations de l'utérus trouve son explication dans les données embryologiques mêmes que nous possédons, les lois qui président aux développements de ces organes nous donnant le plus souvent le mode suivant lequel les anomalies que l'on constate ont dû se produire. « En effet, dit L. le Fort dans l'importante monographie que nous avons eu occasion de citer plusieurs fois dans le cours de ce travail, le processus formateur, embryogénique, est continu dans sa marche, et quelques-uns de ses actes sont simultanés. Si les progrès du développement dont le terme est la disparition de la cloison qui sépare les utérus rudimentaires cessent ou se ralentissent, tout nous porte à croire que la fusion extérieure des deux utérus (qui n'est pas encore achevée au moment où cette perturbation arrive) ne continuera pas à se faire. Le développement se ralentira ou cessera dans tout l'organe à la fois, produisant un utérus bicorne ou tout au moins cordiforme, plutôt qu'un utérus globulaire ».

C'est aussi l'avis de M. le professeur A. Herrgott qui donne, dans la *Revue médicale de l'Est*, une autre observation d'utérus double qui manque malheureusement de détails précis et dont la description, plutôt anatomique que clinique, ne fournit aucun renseignement sur la vie gynécologique du sujet.

Mais, si le travail embryogénique peut nous expliquer la rareté de cette malformation, nous ne devons pas oublier que l'utérus double, ne présentant à l'extérieur aucune modification dans sa forme, n'a rien qui attire l'attention dans les autopsies, sauf le cas où la coexistence d'une cloison vaginale a pu, pendant la vie des malades, appeler l'attention du chirurgien.

Aussi, après cette énumération assez longue, il nous faut retenir un point : c'est que l'utérus double existe peut-être plus souvent qu'on ne le croit, et qu'il y a intérêt à le connaître.





RELATION D'UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE

DUE A MON FRÈRE LE D^r EDOUARD PRUVOST.

Cinq grossesses.

Mme X... est âgée de 25 ans; maigre et nerveuse, elle jouit d'une santé apparemment bonne. Elle fut mère pour la première fois en décembre 1889 : son accouchement s'effectua à terme mais fut long, pénible, et dut être terminé par une application de forceps sur laquelle nous n'avons aucun détail. L'enfant vit avec une santé délicate.

Deux mois après ce premier accouchement, Mme X... me consulta pour des douleurs abdominales. Je reconnus l'existence d'une métrite mais constatai également une anomalie de la matrice, consistant en un col bilobé avec une ouverture au sommet de chacun des lobes. Le cathétérisme me fit découvrir en outre l'existence d'une cavité utérine double, dont chaque compartiment correspondait à chacune des ouvertures du col.

Par le palper abdominal, aucune indication n'était obte-

nue. MM. les professeurs Duret et Eustache pratiquèrent le même examen et constatèrent les mêmes particularités.

Quelques conseils furent donnés à la malade qui était atteinte de métrite de subinvolution, et l'examen circonstancié du fait fut remis à plus tard.

Deuxième grossesse. — Les règles ne revinrent pas et c'est avec des signes manifestes d'une nouvelle grossesse, remontant environ à six mois, que la malade se plaignit de rechef, dans une visite que je lui rendis en octobre 1890, d'une leucorrhée parfois sanguinolente qui n'avait pas cessé depuis son accouchement.

Contrairement à ce qui avait existé, paraît-il, lors de la première grossesse, le ventre était plus saillant à gauche qu'à droite ; le flanc droit, comparé au flanc gauche proéminent, paraissait presque vide. En suivant la tumeur utérine sur le côté droit, on percevait la notion, assez vague du reste, qu'il existait de ce côté un épaissement de la paroi de l'organe, mais toutefois sans relief bien net.

Par le toucher, le col était saillant, un peu tendu par la tête fœtale qui reposait sur lui ; il présentait à son sommet mais un peu à droite un orifice arrondi, presque complètement fermé comme un col de nullipare. Le doigt, en parcourant la partie postérieure du vagin, sentait un petit repli arciforme à gauche duquel se trouvait l'orifice sus-indiqué ; mais à droite le cul-de-sac s'accentuait, et enfin le doigt atteignait un autre orifice linéaire, situé en arrière du premier et qui était le second orifice, si clairement manifeste lors de l'examen pendant l'état de vacuité. L'examen au spéculum justifiait les données du toucher en présentant à la vue un col à deux ouvertures dont l'une lais-

saît échapper un muco-pus assez abondant. L'existence et l'âge de la grossesse demandaient la prudence et toute autre exploration qui pût aider à porter le diagnostic d'utérus double était contre-indiquée.

Ce diagnostic fut pleinement confirmé quelques mois plus tard, époque à laquelle je présidai à l'accouchement. Le travail commença le 4 décembre 1890 dans la matinée par un écoulement de liquide presque insignifiant qui fut suivi de quelques coliques. Mme X..., n'étant arrivée qu'au commencement du huitième mois de sa grossesse, le repos au lit et quelques lavements laudanisés lui furent prescrits. Le travail cessa presque complètement au bout de quelques jours pour reprendre définitivement douze jours après.

A ce moment, le toucher fait reconnaître la présence de la tête dans l'excavation où elle est fortement engagée ; le segment inférieur de l'œuf est intact et coiffé par le col aminci dont on sent l'orifice tendu et entr'ouvert de la dimension d'une pièce de un franc.

Le toucher ne permet pas de percevoir le second orifice du globe utérin qui est fortement incliné à gauche.

A chaque douleur, une petite tumeur ovoïde à grand axe oblique de haut en bas et de gauche à droite, vient faire saillie au-dessus du détroit supérieur à droite, se durcit et se tend comme le reste de l'utérus.

Le travail marche régulièrement et vite, l'enfant est expulsé en moins de deux heures suivi à peu de distance du placenta et des membranes intactes. Une injection intra-utérine de sublimé au 1/3000 est ensuite pratiquée.

Le soir, l'accouchée se plaint de coliques auxquelles je n'attache d'abord pas d'importance. Mais leur persistance et surtout leur caractère qui fait dire à la patiente : « On

dirait que je vais encore accoucher », attirent bientôt mon attention. La main appliquée sur le ventre permet de constater que ces contractions douloureuses ne se passent pas dans l'utérus qui était le siège de la gestation mais bien dans cette partie, le second utérus, qui pendant le travail formait une petite tumeur également appréciable à la vue et au palper. Le toucher fait alors constater nettement la présence de deux cols : celui de gauche, encore volumineux mais en partie refermé ; celui de droite largement dilaté et renfermant un bouchon de consistance mollasse qui est poussé à travers son ouverture à chaque contraction. Des injections vaginales fréquemment répétées amènent la sortie de lambeaux membraniformes, spongieux, presque exsangues, de 6 à 7 millimètres d'épaisseur. L'expulsion de ces lambeaux dura quatre ou cinq jours et jamais la température ne dépassa 37°.

Trois semaines après l'accouchement le toucher permet de reconnaître les deux cols dont l'un, celui de gauche, où avait eu lieu la grossesse, paraît normal, tandis que l'autre est dilaté, ulcéré et douloureux. La cloison qui sépare les deux cols se prolonge sur le vagin en avant et en arrière ; on croirait sentir deux petits ligaments, l'un antérieur, l'autre postérieur, fixant les cols à la paroi vaginale.

Troisième grossesse. — Cinq semaines après l'accouchement, la malade avait encore de la leucorrhée et des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation vers la partie interne des cuisses. Le spéculum permet alors de découvrir les deux cols atteints de métrite à un degré différent : celui de droite tuméfié, béant, irrégulier ; celui de gauche

un peu moins gros, légèrement entr'ouvert; tous deux de coloration violacée; sont le siège de sécrétions muco-purulentes. A l'aide de quelques cautérisations et d'injections détersives, la métrite double alla sans cesse en s'améliorant et une nouvelle grossesse, la troisième, survint en octobre 1891. Celle-ci fut pénible, traversée de plusieurs menaces d'avortement; à huit mois, c'est-à-dire en juin 1892, le travail se déclara et si rapidement que je ne pus assister ni à l'accouchement ni à la délivrance qui s'effectuèrent en même temps. Pendant les six jours qui suivirent, l'accouchée se plaignit encore, comme précédemment, de violentes coliques dues aux contractions de l'utérus gauche que l'on voyait nettement se dessiner à travers la paroi abdominale et qui rendait à son tour des lambeaux de muqueuse considérablement hypertrophiée. Les suites de couches furent très simples. L'enfant, chétif, mourut à trois semaines de broncho-pneumonie. Il y eut dans la suite une légère récrudescence de la métrite qui cependant finit par s'améliorer notablement et laissa la malade dans un état aussi satisfaisant que possible.

Quatrième grossesse. — Une quatrième grossesse fut menée à terme au début de juin 1893 et j'observai les mêmes particularités qui avaient accompagné les autres accouchements. Mais la caduque de l'utérus droit, qui n'avait pas été le siège de la gestation, fut expulsée après 48 heures en totalité et non par lambeaux, en conservant la forme de l'utérus.

Cinquième grossesse. — La cinquième et dernière gros-

sesse prit fin le 1^{er} octobre 1894. Le travail avait duré 48 heures.

Fidèle à l'alternance des grossesses précédentes, l'utérus droit était gravide, et c'est la cavité gauche qui expulsa cette fois, deux jours après l'accouchement, un produit membraniforme du volume d'une petite poire et de forme à peu près triangulaire dont l'examen microscopique fit reconnaître les éléments de la muqueuse utérine, tomenteuse, mamelonnée et transformée en une véritable caduque.





GROSSESSE DANS LES CAS D'UTÉRUS DOUBLE

L'utérus double est loin de rendre la fécondation impossible, et la fécondité dans cette variété de malformation est même quelquefois remarquable.

La grossesse peut en effet se répéter un grand nombre de fois, tantôt d'un même côté, tantôt des deux côtés successivement, ou d'une façon régulièrement alternante comme nous l'avons noté dans notre observation.

En règle générale, la grossesse est simple. Mais évolue-t-elle d'une façon normale? Oui, le plus souvent. Cependant des accouchements prématurés et même des avortements ont été notés : nous relevons huit des premiers et trois des seconds dans quatre des observations relatées plus haut.

Il est à ce sujet permis d'émettre une hypothèse vraisemblable, c'est qu'avec cette malformation,

une cavité utérine peut ne pas se prêter à une distension suffisante pour contenir un fœtus à terme et que l'expulsion prématurée du produit de la conception en est quelquefois la conséquence.

Certains auteurs parlent d'hémorrhagies qui auraient été signalées pendant la grossesse, avec un caractère périodique, semblant constituer une véritable menstruation. Tout que ce nous pouvons dire à ce sujet, c'est que dans nos observations rien de pareil n'a été noté.

Mais il est une conclusion pratique que nous pouvons tirer des complications précédentes, c'est que parmi les causes invoquées par l'accoucheur en présence d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, l'utérus double doit avoir sa place.

Le diagnostic d'utérus double pendant ou en dehors de la grossesse est souvent très difficile. Nous n'en voulons pour preuve que cette observation de M. Jouin où une dame a successivement reçu, pour une métrite, les soins de plusieurs médecins parisiens très connus sans que le diagnostic ait été porté :

Madame X... possède un spéculum, une pince et même un lit à examen. Elle a établi dans son appartement une véritable chambre opératoire, ce qui prouve chez elle une résignation peu commune, un grand désir de tout faire pour sortir de ce qu'elle appelle justement son triste état, et sur-

tout une véritable habitude des médecins spécialistes. Elle n'a pas les caprices et la pudeur d'une jeune mariée : mère de famille aussi douce, aussi facile que possible, elle veut guérir et s'adresse à tous les praticiens qu'on lui indique. Elle subit les examens les plus réitérés, les plus désagréables, avec une patience vraiment admirable ; elle donne tous les renseignements qu'on lui demande, suit les observations des médecins avec une très grande intelligence, les questionne, leur fait subir de véritables examens, consigne leurs remarques, les renseigne sur les particularités relevées par ceux qui l'ont déjà soignée, et certainement suit son cas aussi bien que nous le pourrions faire nous-même.

Et cependant, comme le dit M. Jouin, chez cette femme qui donne sur sa santé antérieure, sur ses accouchements, les détails les plus précis, les plus complets, qui peut être considérée par conséquent comme la malade idéale au point de vue de l'observation scientifique, le diagnostic d'utérus double n'avait jamais été fait.

Il est vrai, dira-t-on, que les praticiens ont pu voir l'anomalie sans en prévenir la malade. La chose est possible. Cependant, nous ne croyons pas qu'il en ait été ainsi, attendu que, très intelligente, très questionneuse, connaissant et discutant ses lésions, celle-ci paraissait avoir sur les opinions émises par les autres médecins des idées très précises, très bien formulées, et qu'elle n'avait pu évidemment puiser dans son imagination.

L'examen attentif de la femme enceinte, dans le

cas d'utérus double, doit éveiller l'attention par quelques particularités intéressantes. C'est ainsi que le ventre présente un développement inégal, car la moitié vide de l'utérus reste toujours beaucoup moins volumineuse que l'autre. Ce développement n'est pas médian, mais latéral, et surtout accentué du côté où a lieu la grossesse. La chose a été très évidente chez notre sujet qui, prévenue du cas insolite qu'elle présentait, a pu indiquer elle-même, à partir de ce moment, le côté où avait lieu la grossesse.

Ce côté est distendu, exactement convexe et globuleux; tandis que l'autre donne à l'explorateur la sensation d'une tumeur ovoïde à grand axe vertical, s'étendant de l'ombilic à la marge supérieure du bassin et faisant corps avec l'utérus gravide.

C'est de cette façon que M. le professeur Eustache, dans une très intéressante clinique, analyse les résultats fournis par la palpation dans le cas d'utérus double (*Journal des Sciences médicales de Lille*).

Toutefois, l'apparence inégale et bilobée n'existe pas toujours, et il se peut que l'utérus vide, caché derrière l'autre, soit impossible à découvrir par le palper. Le mouvement de rotation de l'organe sur son axe, qui porte en avant le côté distendu et dirige en arrière le côté vide, explique la sensation d'une tumeur à peu près exactement globulaire fournie par la matrice dans ce dernier cas.

Dans l'observation rapportée par M. Budin, où

la section césarienne a été pratiquée, l'opérateur, ne soupçonnant pas l'existence d'un utérus double, fit une incision longeant la cloison de séparation et faillit pénétrer dans la cavité de l'utérus vide.

Le toucher, en permettant de parcourir toute la surface du col, trahira l'existence d'un second orifice.

Le cathétérisme est un précieux moyen d'investigation qui lèverait tous les doutes, mais il doit être proscrit pendant la grossesse.





ACCOUCHEMENT DANS LES CAS D'UTÉRUS DOUBLE

On a pu voir deux observateurs, dont l'un affirmait qu'une femme était en travail, alors que l'autre le niait formellement, parce que chacun d'eux avait pratiqué le toucher par un vagin différent (Kussmaul).

Bien qu'une femme eût des symptômes de travail, deux médecins cherchaient en vain des modifications du col et n'en trouvaient point. Ils pratiquaient le toucher par le vagin qui correspondait à l'utérus vide (J.-W. Taylor).

Dans une des observations que nous avons résumées au chapitre « Faits cliniques », l'accoucheur annonça deux enfants et le fit avec une telle assurance qu'il obligea la famille à préparer deux layettes. Il n'en vint qu'un, et cependant le prati-

cien ne comprit pas la cause de son erreur. « Je ne sais ce que cela veut dire, exposa-t-il à la famille, j'étais pourtant sûr de mon diagnostic ».

L'utérus droit s'était développé sympathiquement, déterminant l'aspect en bissac des grossesses gémellaires et la recherche des véritables éléments du diagnostic de grossesse double avait été négligée : l'orifice gauche demeurant seul dans l'axe du vagin et l'organe revenant sur lui-même après l'accouchement, l'anomalie avait échappé à l'examen et surtout à la pensée.

Ces faits suffisent à eux seuls à prouver l'importance du diagnostic de l'utérus double pendant la grossesse, ou tout au moins au moment du travail.

L'accouchement n'a pas présenté dans la majorité des cas de différences sensibles d'avec l'accouchement dans les conditions ordinaires, sauf une plus grande lenteur et des douleurs plus pénibles qui, parfois, ont nécessité une intervention.

On comprend pourtant qu'il puisse se produire quelques incidents particuliers. M. le professeur Tarnier raconte que, dans un cas, il a vu la tête de l'enfant qui occupait la moitié gauche, au lieu de descendre directement sur le col correspondant, s'incliner à droite, déprimer la cloison médiane, et venir faire saillie à travers le col droit, qui commençait à se dilater alors que le col gauche remontait en arrière. Malgré cette particula-

rité du début, l'accouchement se termina spontanément par le redressement des parties.

Le plus souvent, dit M. le professeur Eustache, c'est l'inverse qui arrive, et le col du côté vide remonte et se cache en arrière.

La dilatation marche plus ou moins vite, et si sa lenteur est trop considérable, on peut être amené à faire la section du pont qui sépare les deux orifices. »

Au point de vue des présentations vicieuses, on peut dire qu'elles ne sont pas plus fréquentes que dans les conditions ordinaires. Car il est nécessaire d'établir une distinction, ainsi que le fait remarquer M. Polaillon, entre le cloisonnement complet de la matrice et le cloisonnement incomplet, lequel n'existe qu'à la partie supérieure de l'utérus sous forme d'éperon. Dans ce dernier cas, le plus grand diamètre de la cavité est transversal et les présentations du tronc possibles (Thèse de Gautrelet, Paris, 1895). Ici au contraire le grand diamètre de chacune des cavités a une direction longitudinal et le grand axe du fœtus aura la même direction, c'est-à-dire que le fœtus se présentera par le sommet ou par le siège. Ce n'est guère en effet que dans l'utérus bicorne que l'on a noté des présentations transversales ou obliques, de même que des ruptures utérines.

Le diagnostic de l'utérus double pendant l'accouchement trouve un élément sérieux dans la présence de la petite tumeur formée au-dessus du

détroit supérieur par la cavité utérine non gravide. Cette dernière a toujours acquis un notable développement : sa muqueuse et son tissu musculaire se sont hypertrophiés.

Beaucoup moins volumineuse que la matrice gravide à forte inclinaison latérale, elle subit des mouvements d'élévation analogues à l'ascension des tumeurs fibreuses, fait saillie à chaque douleur, et devient ainsi accessible au palper.





DELIVRANCE-ET SUITES DE COUCHES DANS LES CAS D'UTÉRUS DOUBLE

Si nos recherches nous ont montré que la délivrance, dans le cas d'utérus double, ne présente rien de particulier, il est, en ce qui concerne les suites de couches, un fait qui mérite d'attirer l'attention et qui s'est produit régulièrement dans chacun des quatre derniers accouchements observés chez notre sujet.

Pendant les deux premiers jours, tout se passait comme d'habitude, quoique les lochies parussent plus abondantes. A ce moment il est survenu chaque fois un redoublement de coliques avec localisation sur le côté qui n'avait pas été le siège de la grossesse. Finalement tout se terminait par l'expulsion d'une petite masse qui aurait donné au simple

toucher la sensation d'un caillot. C'était une membrane rougeâtre, allongée et ouverte par en bas, un véritable sac formé par une membrane organisée bien nette. Lisse à sa surface interne, elle présentait de petits prolongements sur sa face externe. Une fois, ce produit a été examiné au microscope, et on y a reconnu les éléments de la muqueuse utérine avec une hypertrophie considérable des glandes et, vers la partie la plus superficielle, les grosses cellules qu'on trouve habituellement dans la caduque.

C'était donc une véritable caduque qui était rejetée de la seconde cavité de l'utérus.

Notre observation n'est pas la seule pour laquelle il y a eu lieu de faire cette constatation : dans le cas décrit par M. Budin, la muqueuse présentait des masses lobulées d'un gris rosé, formant en certains points de véritables polypes ; sur la coupe, elle offrait par places jusqu'à sept et huit millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe, et son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col ; à une certaine distance au-dessus de l'orifice cervical interne, elle semblait s'arrêter tant elle était devenue mince. Il était facile, avec le dos d'un scalpel, de la séparer du tissu musculaire de l'utérus.

Les autres observations nous ont presque toutes présenté la même particularité.

Le fait ne doit pas étonner et se passe égale-

ment dans la grossesse extra-utérine où, sous l'influence même de la grossesse, la matrice s'hypertrophie pour expulser une muqueuse vers le troisième, quatrième ou cinquième mois.

Dans l'utérus double, quoique l'une des moitiés de l'utérus ne participe pas à la grossesse, elle n'en subit pas moins un notable développement et il y a formation d'une véritable caduque destinée à se détacher, aidée en cela par le retrait général et progressif de l'organe.

Vu par le Président de la thèse,

PINARD.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUDIN (P.). — Progrès médical, 4 mars 1876.
- CASSAN (A.-L.). — Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation, Paris, 1826.
- COATS. — Glasgow méd. J., 1886. On a case of double uterus.
- CRUVEILHIER. — Planche V, XIII^e livraison.
- EISENMANN (G.-H.). — Tabulæ anatomicæ quatuor uteri duplicis observationem variorem sistentes. Argentorati, 1752.
- EUSTACHE. — Journal des sciences médicales, octobre 1895.
- FISCHER (J.). — Ein Fall von Uterus duplex. Neustadt, a. d. Haardt (1890).
- FLEISCHMANN. — Prog. méd. Wochenschr., 1886.
- DUNNING. — Double uterus and vagina. Chicago, 1888.
- GOODEL. — Double uterus and vagina. Société obstétricale de Philadelphie, janvier 1885.
- HERGOTT. — Note sur un cas de vagin et utérus double. Revue méd. de l'Est Nancy, 1880, XII, 265-273

- JOUIN. — Société obstétricale, Paris, 1890.
- KEMARSKI. — Société médicale de Saint-Petersbourg, 1835.
- KUSSMAUL. — Von dem Mangel, der Verkummerung,
Würzburg, 1859.
- KRESZ. — Recherches sur les cas d'utérus double, Paris,
1842.
- LEFORT. — Thèse agrég., Paris, 1863.
- NEBIKOFF. — Société méd. de Saint-Petersbourg, 1887.
- LIEPMANN. — De duplicate uteri et vaginæ (Berolini, 1830).
- PATTERSON. — Edimburgh médical J., 1885.
- POLAILLON. — Utérus biloculaires ou bipartitus. Bull. et
mémoires. Soc. de Chirurgie de Paris, 1877, III.
197-203.
- PICOT. — Thèse Paris, 1891.
- SCHUHL. — Revue méd. de l'Est, 1^{er} décembre 1894.
- TANNEN. — Centralblatt gynéc, 1892.
- TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements. Journal
des sages-femmes, 16 mars 1894, 1^{er} août 1895.
- TAYLOR (J.-W.). — Brit. méd. journal, p. 56, 12 janvier
1884.



